FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

CHARLES BOUHEY

Ancien Externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Répétiteur de la Faculté à la Clinique Baudelocque

DE L'ACCOUCHEMENT

DANS

LES PRÉSENTATIONS DU SOMMET

Quand l'Occiput reste définitivement fixé en arrière

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges : MM. SEGOND, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
HENRI JOUVE, Editeur
15, Rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection filiale

A MON MAITRE ET A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A. PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR HAYEM

Saint-Antoine (1902-1903)

M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Hôtel-Dieu (stage 1903-1904)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY

Saint-Antoine, externat 1re année (1904-1905)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉNÉTRIER

Tenon, externat 2e année (1905-1906)

M. CAUSSADE

Médecin des Hôpitaux
Tenon, externat 3e année (1906-1907)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGUEU

Tenon, externat 4e année (1906-1907)

M. ARROU, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Pitié, externat 5e année (1907-1908)

M. LE PROFESSEUR PINARD

Baudelocque, 5e et 6e année (1908-1909, 1909-1910)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAURE

M. LE DOCTEUR MOUCHOTTE

Ancien chef de clinique de la Faculté

M. LE DOCTEUR LACASSE

Chef de clinique de la Faculté

Nous avons terminé nos études de médecine dans le service du professeur Pinard qui nous a fait l'honneur de nous nommer répétiteur à la clinique Baudelocque.

Il a bien voulu présider notre thèse ; nous le remercions vivement. Nous le prierons d'accepter, en reconnaissance de son enseignement et de ses leçons cliniques incomparables, qui font qu'en sortant de son service, on se sent prêt à affronter les difficultés de la pratique, nos témoignages de sincère affection et d'infinie reconnaissance.

De L'Accouchement dans les Présentations du Sommet

QUAND

l'Occiput reste définitivement fixé en arrière

INTRODUCTION

Les idées que l'on trouvera dans cette thèse ne sont pas nouvelles. Depuis longtemps le professeur Pinard les a émises, et soutenues par des faits cliniques ; on les retrouve dans certains traités d'obstétrique, et dans diverses thèses qu'il a inspirées.

Mais il existe encore trop de manuels et de traités où les positions occipito-postérieures directes sont exposées de façon toute différente surtout en ce qui concerne le pronostic. Ce sont ces erreurs que nous avons voulu réfuter, en nous inspirant des idées de notre maître et en nous appuyant sur les statistiques de la Clinique Baudelocque.

Les positions occipito-postérieures directes ne doi-

vent plus effrayer, comme elles le faisaient jadis, le médecin praticien. La saine clinique, toute d'observation, démontre que leur pronostic est le même que pour les positions occipito-pubiennes et que dans aucun des cas où le sommet reste définitivement fixé en arrière, la mère ou l'enfant sont en danger de ce fait même. Bien plus les statistiques de la clinique Baudelocque, montrent que si parfois le forceps est nécessaire dans les occipito-postérieures directes, et s'il l'est plus souvent que dans les occipito-pubiennes son application y est aussi simple, sans présenter plus d'inconvénients.

HISTORIQUE

Sans remonter aux auteurs tout à fait anciens qui prétendaient que le fœtus se présentant face en dessus pouvait être asphyxié par le liquide amniotique, il est certain que les occipito-postérieures en général et les occipito-postérieures directes en particulier ont de tout temps beaucoup préoccupé les accoucheurs, et à l'heure actuelle même beaucoup de réserves sont encore faites à leur sujet.

La crainte des occipito-postérieures étaient d'autant plus grande que la plupart des accoucheurs, moins au courant que nous du mécanisme de l'accouchement admettaient que le dégagement en occipito-postérieure directe, en O. S. selon la dénomination alors adoptée de tous et qui tend à être abandonnée n'avait lieu que dans les O. I. D. P. et les O. I. G. P. et qu'alors ce dégagement en O. S. était quelque chose de très difficultueux, sinon d'impossible.

Capuron n'a pas craint d'écrire que dans les occipito-postérieures directes « l'accouchement est en général très difficile et même impossible sans le secours de l'art ; il n'est possible par les seules

forces de la nature que quand le bassin a plus de largeur, ou la tête de l'enfant moins de volume qu'à l'état normal. Dans le cas contraire le forceps est toujours indispensable pour assurer le salut de la mère et de l'enfant ». Ces idées exposées dans un mémoire paru le 2 novembre 1833 dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* furent d'ailleurs vivement combattues par Velpeau et Dubois.

On ne trouve pas évidemment dans tous les traités anciens cette opinion exclusive, mais dans tous, le praticien est mis en garde contre l'accouchement occiput en arrière, les accoucheurs les plus renommés, Mauriceau au XVII^e^ siècle, Smellie au XVIII^e^ siècle ; au XIX^e^ siècle M^me^ La Chapelle elle-même, n'ont pu se débarrasser de cette erreur.

Mauriceau écrit : « La troisième de ces causes particulières, c'est que dans le temps des douleurs de la mère, son ventre en se contractant comprime la matrice sur l'inégalité des bras et des jambes de l'enfant qui sont en dessus comme la face, ce qui fait que le mouvement de la douleur étant intercepté ne peut pas si facilement pousser l'enfant dehors que si la compression se faisait sur le dos de l'enfant, comme il arrive quand il a la face dessous, ce qui est sa situation naturelle. »

Et plus loin : « J'ai accouché une femme d'une petite fille qui venait la face en dessus, ce qui prolongea tellement le travail de la mère, qu'elle en fut beaucoup fatiguée durant deux jours entiers, n'ayant tout ce temps que de très méchantes douleurs qui

rejaillissant vers les reins, sans se déterminer en bas, ne purent qu'à grand peine expulser l'enfant... La mère accoucha heureusement de cet enfant qui se portait bien, mais qui n'était que de médiocre grosseur, à comparaison de ses précédents enfants, mais il aurait été expulsé, bien plus promptement qu'il ne le fut, s'il avait eu la face tournée en dessous. »

En 1821, Mme La Chapelle écrit : « On ne peut nier que dans ces cas l'accouchement spontané ne soit très possible ; des multitudes d'exemples le prouvent tous les jours ; mais le simple raisonnement indique assez quelles nombreuses sources de difficultés découlent d'une semblable position ; si les uns ont trop exagéré les dangers de ces positions, d'autres n'en ont pas assez tenu compte ».

Les déchirures profondes du périnée sont considérées par tous ces accoucheurs comme fréquentes, et d'après Tarnier les déchirures centrales s'observeraient tout particulièrement. On trouve, dans son traité les phrases suivantes à propos des occipito-postérieures : « Les phénomènes physiologiques du travail révèlent une physionomie particulière, les contractions utérines sont irrégulières, l'orifice utérin se dilate difficilement. La lenteur du travail amène une grande fatigue générale, l'épuisement de la parturiente, l'inertie de la matrice, et quelquefois secondairement l'hémorragie post-partum.

Aux lésions qni résultent du séjour prolongé de la tête dans l'excavation, il faut encore joindre les accidents liés plus spécialement à la position ; nous vou-

lons parler des déchirures de la commissure postérieure de la vulve produites par le dégagement de l'occiput en arrière. C'est particulièrement dans ces circonstances que l'on observe les ruptures centrales du périnée, ces déchirures étendues qui comprennent le sphincter anal et la cloison recto-vaginale ».

Les autenrs les plus récents sont un peu du même avis. Dans le *Précis d'accouchement* de Dubrisay et Jeannin, 1905, ces auteurs montrent que : « Quand l'occiput a tourné en arrière, il doit, pour apparaître à la vulve, balayer toute l'étendue du sacrum et du périnée ; soit un trajet de 20 à 25 centimètres ! » et comme conséquence logique d'un trajet aussi périlleux, ils écrivent plus loin : « la possibilité d'une rotation en OS vient assombrir le pronostic ; dans ce cas en effet 15 fois sur 100 on est obligé de terminer artificiellement l'accouchement. Le gros danger des occipito-sacrées est la possibilité d'une *déchirure centrale du périnée* ; on a même observé des cas où la tête était sortie, face première au travers d'une telle brèche. Quant aux déchirures de la fourchette et du périnée antérieur, elles sont très fréquentes, vu les dimensions des diamètres frontaux suivant lesquels la tête se dégage. »

Le professeur Pinard a fortement réagi contre toutes ces idées, et l'on retrouve sa pensée dans différents traités d'obstétrique actuels : Traité de Ribemont-Dessaigne et Lepage, Eléments d'obstétrique de Wallich, et dans diverses thèses récentes, thèse de Bataillard, de Sifflet, de Corbière, de Corinin, de

Bayard. L'opinion, à l'étranger surtout, n'est évidemment pas unanime en ce qui concerne le bon pronostic des occipito-postérieures directes, mais cependant la grande majorité des accoucheurs ne se soucie plus si l'occiput se présente en avant ou en arrière, et bientôt tous seront d'accord sur ce point.

On comprend que les accoucheurs qui ont considéré les occipito-postérieures comme beaucoup moins favorables déjà que les occipito-antérieures, se soient efforcé par toutes sortes de manœuvres d'empêcher ces occipito-postérieures de devenir des occipito-sacrées ou occipito-postérieures directes dont le pronostic, d'après eux, est encore bien plus mauvais.

Les procédés employés sont très nombreux et leur description minutieuse montre la préoccupation de leurs auteurs.

Il y a trois sortes de manœuvres : les manœuvres externes, les internes et les mixtes. *Nous ne les citerons que pour les condamner.*

Au XVIII^e^ siècle Smellie dans « Ses observations » raconte qu'au cours d'un accouchement « avec la main il relève un peu la tête du fœtus chaque fois que les douleurs commencent à se ralentir et tourne le front vers le côté gauche de l'os sacrum ».

Mattei saisit les épaules du fœtus au-dessus du pubis et les faisant tourner, entraîne la tête par manœuvres externes.

Guillemot presse avec la main sur la paroi abdominale pour éloigner la face du pubis.

Clarke met deux doigts dans le vagin pour repousser la tête.

Bedford introduit toute la main en plaçant la paume sur un des côtés de la tête et les doigts sur l'autre.

John Burns fait plus, il rompt les membranes une fois les occipito-postérieures reconnues et tourne ensuite la tête avec un ou deux doigts.

Certains accoucheurs ont préconisé la version, sans grand succès d'ailleurs, comme Pugh et Simpson. D'autres ont employé le levier ou instrument de Roonhuysen ; depuis longtemps il est abandonné.

Alors que tous les auteurs que nous venons de citer essayaient dans tous les cas de convertir les occipito-postérieures en antérieures, les auteurs plus modernes ont réservé cette manœuvre à certains cas particuliers, et disent qu'on peut y avoir recours quand la période d'expulsion se prolonge par défaut de rotation de la tête, mais alors il faut que la dilatation soit complète.

Dubrisay et Jeannin s'expriment ainsi : « La dilatation étant complète, que faut-il faire ? ATTENDRE. On doit se rappeler en effet que dans la majorité des cas, l'accouchement va se terminer naturellement. Si cependant le travail traîne en longueur, la dilatation étant complète depuis une heure ou deux, on est en droit de terminer l'accouchement. Un examen méthodique montrera quelle est la cause de dystocie, le plus souvent il s'agit d'un défaut de rotation de la tête ; l'occiput reste en arrière, la tête ne tourne pas. Pour

opérer cette rotation on peut avoir recours soit à une manœuvre nouvelle, soit à une manœuvre instrumentale. »

Pour ces auteurs la meilleure manœuvre manuelle est celle de Tarnier. Ce procédé, qui est d'ailleurs le procédé classique est ainsi décrit par son auteur. « Dans les positions occipito-postérieures, l'une des oreilles du fœtus étant en rapport avec l'éminence iléo-pectinée gauche ou droite, et par conséquent facilement accessible, pour donner au doigt un excellent point d'appui, voici d'ailleurs comment je procède : quand la dilatation est complète ou à peu près, jamais avant, j'introduit profondément le doigt indicateur, le gauche pour la position occipito-iliaque droite postérieure et, je l'applique sur le côté de la tête, puis je le fais glisser en avant et en haut jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de l'oreille gauche sur toute sa hauteur ; j'attends alors une contraction utérine, et dès qu'elle commence ou pour mieux dire, dès que je la sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête en le portant en même temps avec force, mais sans violence du côté du pubis, puis derrière la symphyse, et enfin jusque sur le côté gauche du bassin. Pendant tout le trajet, le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille, et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant. La rotation artificielle ne doit provoquer aucune souffrance quand elle est bien faite.

Dans certains cas, la manœuvre est incomplète, et l'occiput s'arrête à moitié chemin ; on achève alors le mouvement au moment de la contraction utérine suivante, mais pour ne pas perdre le terrain qu'on a gagné, il est nécessaire de maintenir le doigt en place jusqu'à ce que cette contraction se produise.

Même manœuvre en sens inverse pour les occipito-iliaque gauches postérieures.

Après trois ou quatre essais, si j'échoue, je n'insiste pas davantage de peur de fatiguer les malades, mais nombre de fois la tête a obéi à ma première tentative de rotation artificielle.

La crainte des occipito-postérieures directes menait plus loin encore. Certains accoucheurs, il est vrai, Puzos, Baudelocque, Cazeaux, lorsque le fœtus souffrait et que l'application de forceps était nécessaire, dégageaient directement l'occiput en arrière, mais la plupart n'osaient pas.

Dans les droites postérieures, on faisait une double application de forceps pour ramener la tête en avant ; dans les occipito-postérieures directes, on faisait exécuter au forceps une rotation de 180 degrés.

C'est ainsi que pratiquait Tarnier, le fœtus était extrait, le forceps étant renversé, le tracteur au-dessus des branches. Dubois, lui, faisait deux applications successives ; il ramenait par une première application la tête en position transversale et la seconde prise se faisait en transverse. Pajot essaye la

rotation avec le forceps ; s'il éprouve de la résistance, il fait le dégagement directement.

C'est sensiblement la même conduite que conseillent la plupart des accoucheurs contemporains.

Dans la *Pratique de l'art des accouchements* de Paul Bar, Brindeau et Chambrelent, ces auteurs écrivent à propos des applications de forceps en occipito-postérieures directes : « Il est de bonne pratique de tenter la rotation, mais pour peu qu'on éprouve quelques difficultés à la pratiquer on y renoncera.

Si le dégagement en O.S. présente de trop grandes difficultés par suite de la résistance du périnée, on pratiquera sur celui-ci deux profondes incisions partant de la fourchette et dirigés en bas et en dehors ».

Et dans le *Précis d'Accouchement de Dubrisay et Jeannin* « l'extraction peut être faite en OS toutes les fois qu'il s'agit d'une multipare à tissus souples et larges, avec un fœtus petit. Il faut agir avec la plus extrême prudence pour épargner le périnée.

« Si l'enfant est assez développé ou la femme primipare mieux vaut convertir l'OS en OP au moyen d'une rotation de 180 degrés. »

Nous montrerons pourquoi les manœuvres exécutées pour ramener l'occiput en avant dans les positions postérieures doivent être définitivement abandonnées et nous verrons que dans les cas où le forceps est nécessaire, le dégagement doit se faire directement.

Nous avons terminé ce rapide aperçu historique, nous allons montrer maintenant les causes et le

mécanisme du dégagement en occipito-postérieure directe, puis nous basant sur les statistiques de la Clinique Baudelocque, nous ferons l'exposé de la réalité, et nous en déduirons comme conséquence logique, la conduite à tenir.

ÉTIOLOGIE DU DÉGAGEMENT EN O. P. D.

Au XVIII[e] siècle, on croyait que le dégagement en occipito-postérieure directe s'observait exclusivement dans les O. I. D. P. et les O. I. G. P. Cependant dans les statistiques de la Clinique Baudelocque parues dans le *Précis d'obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage* sur un ensemble de 73 occipito-postérieures directes, 46 seulement étaient primitivement postérieures.

Sur les 26 cas parus dans la thèse de Corbières on rencontre comme position primitive :

6	O. A
5	O. T
11	O. P

Dans 4 cas enfin la rotation était faite en O P D.

Et cet auteur ajoute : « Les erreurs de diagnostic nous semblent devoir être d'autant moins incriminées que dans deux des accouchements en O A, on note successivement les positions GA. GT puis OS, et nous ne voyons pas pourquoi une antérieure primitive ne se dégagerait pas en O S ».

Dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiâ-*

trie d'août-octobre 1901 le Dr Mouchotte cite un certain nombre d'observations personnelles relatant cette anomalie de la rotation ; il montre même une véritable OSCILLATION de la tête. — Dans une observation, la tête d'abord en O I D P à la dilatation complète passe en O S, puis revient à droite ; puis passe successivement de l'OS, à l'O I D P, à l'O I D T, à l'O I D A. Finalement elle se dégage en O P. (Obs. XVII, personnelle). Recueillie dans le service du professeur agrégé Lepage à la Pitié).

Sur 56 cas recueillis dans la thèse de Corinin, on trouve comme position primitive :

14	O. I. G. P.
13	O. I. D. P.
8	O. I. G. A.
13	Variétés transversales
1	O. P.
7	inconnues

Nous avons pris les observations des 5 dernièrse années, 1904 à 1908 inclus, recueillies à la clinique Baudelocque. (Il y en a environ 10.000). Sur ces 10.000 observations 81 dégagements se sont faits en occipito-postérieure directe, soit environ 0,81 o/o, chiffre plus élevé que celui indiqué par Bataillard 0.57 o/o et Corinin 0,56 o/o,et égal à celui de Bayard 0,81 o/o.)

Sur ces 81 dégagements, la position primitive était :

38	O. I. D. P.
12	O. I. G. A.

7 O.I.D.T.
5 O.I.G.P.
4 O.I.G.T.
1 G.
14 inconnues.

soit près d'un cinquième d'occipito-iliaques gauches antérieures, en ne comptant que les cas où la position primitive avait été déterminée avant la rotation.

Nous avons cru bon enfin pour bien montrer cette possibilité, pour la tête, de passer de la position antérieure, à l'O. P. D. au moment de l'expulsion, de rapporter ici une observation particulièrement intéressante recueillie par le Dr Lacasse :

Observation 2.862. — K. M..., trente-cinq ans. Tertipare ayant eu ses dernières règles du 20 au 25 février 1909. Elle vient consulter à la clinique Baudelocque le 19 octobre, et elle est admise au dortoir le 22 octobre. On constate une hauteur utérine de 39 centimètres (la femme est au huitième mois de sa grossesse), et on fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec excès de liquide ; on trouve un sommet engagé, un pôle dans la fosse iliaque gauche, et un autre pôle dans l'hypocondre droit ; un foyer d'auscultation peu net au-dessous et un peu à droite de l'ombilic.

La femme est mise au repos et au régime lacté absolu.

20 novembre. — A 1 heure du soir, apparition des premières contractions utérines douloureuses.

La femme entre à la salle de travail où on fait les mêmes constatations que précédemment, mais la hauteur utérine est de 41 centimètres. Les douleurs sont fréquentes. Ausculta-

tion bonne. Le toucher révèle une dilatation de 1 franc. Membranes intactes.

A 3 h. 30, dilatation complète, rupture artificielle des membranes.

La tête est orientée en G. T. et très mal fléchie.

La fontanelle antérieure est presque au centre de l'excavation ; on atteint très difficilement la fontanelle postérieure située très profondément à l'extrémité gauche du diamètre transverse.

A 5 h. 30 du soir, même situation et même orientation de la tête. Bruits du cœur bons au-dessus de 100 et à gauche de l'ombilic.

A 6 heures, mêmes constatations. Le périnée commence à s'infiltrer.

A 6 h. 30, M. Lacasse constate que la flexion de la tête n'est pas plus accentuée, la fontanelle antérieure est toujours au centre de l'excavation. Le périnée est infiltré. Il décide de faire une application de forceps.

A 6 h. 30, *application de forceps en G. T.* La main guide heurte à peu de distance la poche des eaux du deuxième fœtus. La cuiller gauche est introduite avec précaution pour ménager cette poche des eaux ; elle n'est pas pour cette raison introduite aussi profondément que d'ordinaire.

Introduction et placement de la branche droite, articulation assez pénible par suite du peu d'enfoncement de la première cuiller.

Tractions. Très rapidement la tête tourne en arrière. M. Lacasse ne contrarie pas cette rotation et extrait en occipito-postérieure directe un enfant du poids de 2.150 grammes qui crie immédiatement.

Aussitôt après M. Lacasse s'assure de la position longitudinale du fœtus, constate une tête en bas, dos à gauche. I rompt les membranes. La *tête s'engage aussitôt en G. A. Contractions répétées. La tête tourne en arrière presque aussitôt, et en occipito-postérieure directe; elle est mal fléchie*; à ce moment les bruits du cœur passent à 170. *M. Lacasse fait une prise de forceps en occipito-postérieure directe* et extrait un enfant du poids de 2.840 grammes qui crie aussitôt. Délivrance trente minutes après. Masse placentaire unique.

Le premier jumeau qui pesait 2.150 grammes avait un diamètre bi-pariétal de 9,4 et un diamètre occipito-mentonnier de 12,3, soit un écart de 2,9.

Le deuxième jumeau du poids de 2.840 grammes mesurait : bi-pariétal 9 ; occipito-mentonnier 13,7, soit un écart de 4,7.

En examinant de près toutes les observations des 81 occipito-postérieures directes que nous avons recueillies, il est facile le plus souvent de trouver la raison pour laquelle se fait en arrière la rotation de l'occiput ; bien des causes complexes doivent évidemment intervenir.

Beaucoup d'entre elles invoquées par différents auteurs ont été recherchées, à propos de nos 81 observations, et n'ont pas trouvé leur application. On a indiqué les vices de conformation du bassin, les malformations utérines, l'hydramnios. Aucune de nos observations ne relate ces particularités.

A priori, il semble qu'on puisse les admettre comme causes favorisant la rotation de l'occiput

en arrière, car cette rotation paraît due à ce qu'il n'existe plus la même accommodation que l'on rencontre dans les occipito-pubiennes entre la tête du fœtus et les parties molles de l'excavation. Cette accommodation particulière peut venir soit de la mère, soit du fœtus.

Jusqu'à ces dernières années, on croyait que c'était la différence entre les diamètres du détroit inférieur qui commandait la rotation de la tête ; on admettait 11 centimètres dans tous les sens avant la rétropulsion du coccyx et 13 centimètres comme diamètre antéro-postérieur après la rétropulsion du coccyx.

Varnier et Farabœuf ont montré (thèse de Varnier 1888) que de tels diamètres n'existaient pas ; pendant l'accouchement, lorsque la tête franchit le coccyx, tous les diamètres du détroit inférieur osseux sont égaux et mesurent 11 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur avant la rétropulsion du coccyx mesurait 7 à 9 centimètres ; c'était un diamètre allant du bord inférieur du pubis à la pointe du coccyx ; le véritable diamètre antéro-postérieur qui mesure 11 centimètres va du bord inférieur du pubis à la base du coccyx.

Puisque les diamètres antéro-postérieur et transverse sont égaux, on ne comprendrait pas pourquoi la tête aurait besoin d'effectuer un mouvement de rotation, s'il n'y avait pas d'autre raison.

En réalité la tête tourne parce qu'elle est obligée de traverser la fente coccy-pubienne dont le grand

diamètre est antéro-postérieur, et c'est pour ce motif, comme l'ont montré Farabœuf et Varnier que l'occiput, pendant le dégagement se place en avant ou en arrière.

L'occiput se place en avant toutes les fois qu'il y a accommodation entre les diamètres de la tête fœtale et la fente pubo-coccygienne ; si cette dernière est relâchée, et ne résiste plus, le dégagement pourra se faire directement en arrière.

L'expérience de Dubois est probante :

Chez une femme morte en accouchant, on ouvrit le ventre et l'utérus, et en poussant directement le fœtus par en haut, on le fit sortir par les voies génitales.

La tête exécuta son mouvement de rotation. On recommença l'expérience. Elle réussit encore. Mais quand on voulut la refaire une troisième fois, elle ne réussit point. La tête ne tourna pas.

La rotation ne se reproduisit de nouveau que quand on répéta l'expérience avec un fœtus plus volumineux.

Que s'était-il donc passé ? Dans les deux premières expériences, la fente musculaire s'était dilatée, élargie et n'exigeait plus la rotation dans un troisième passage. Mais cette rotation devenait à nouveau nécessaire pour le passage d'un fœtus plus volumineux (Wallich).

Cette expérience nous explique pourquoi le dégagement en occipito-postérieure directe est plus fréquent chez les multipares à sangle pelvienne relâchée que chez les primipares.

Nous le verrons plus loin, sur 81 cas, on ne trouve que 36 primipares.

Sur 46 cas, d'occipito-postérieure directe, Corinin n'a que 16 observations de primipares.

Quand la cause du dégagement de l'occiput en arrière ne vient pas de la mère, on trouve toujours en mesurant les dimensions de la tête fœtale ou des diamètres inférieurs à la moyenne avec les proportions ordinaires gardées (têtes petites) ou bien si la tête est assez volumineuse, un rapprochement, un écart moins grand que d'ordinaire entre l'occipito-mentonnier et le bi-pariétal (têtes rondes).

La statistique que nous avons faite des années 1904 à 1908 montre en effet que dans la majorité des cas les occipito-postérieures directes se rencontrent chez les prématurés, à tête petite, et sur 81 cas nous avons trouvé que 42 fois le poids de l'enfant était inférieur à 3.000 grammes ; sur ces 42 enfants, le poids de 21 d'entre eux oscillait même entre 2.000 et 2.500 grammes.

C'est pour la même raison que dans les grossesses gémellaires très fréquemment le dégagement d'un des fœtus se fait en occipito-postérieure directe. Les jumeaux en effet sont très souvent des prématurés.

83 fois sur 100 chez les primipares ;

75 fois sur 100 chez les multipares, d'après Lepage.

Sur nos 81 cas, nous trouvons 20 grossesses gémellaires, soit la proportion de près de 25 grossesses gémellaires sur 100 accouchements en occipito-postérieure directe, 1 sur 4.

Cette proportion est d'autant plus grande qu'on ne rencontre guère qu'une grossesse gémellaire sur 80 accouchements.

Dans ces 20 cas de grossesse double, 8 fois c'était le premier fœtus qui se dégageait en occipito-postérieure directe, 12 fois c'était le deuxième fœtus ; à la petitesse de la tête, venait s'ajouter dans ces derniers cas, la laxité de la fente pubo-coccygienne déterminée par le passage du premier fœtus.

C'est un peu l'expérience de Dubois répétée sur la femme vivante, lorsque le premier fœtus s'étant dégagé en occipito-pubienne, le deuxième se dégage en occipito-postérieure directe.

Il est tout à fait curieux, étant donné la crainte des occipito-postérieures directes, de constater que la littérature obstétricale ancienne est muette sur ce dégagement de l'occiput en arrière constaté si fréquemment de nos jours, dans le cas de gémellité ; dans les traités actuels, on en parle très peu.

Le professeur Pinard, au contraire, a insisté beaucoup et c'est sous son inspiration que Bayard a fait sa thèse en 1905 sur l'*Etude clinique et statistique de l'Accouchement du sommet en occipito-postérieure directe dans la grossesse gémellaire*.

A propos de l'étiologie, Bayard cite cette phrase extraite de la thèse de Hirigoyen (Paris, 1879). « De nombreuses particularités entrent en jeu qui ne se retrouvent pas dans la grossesse simple par exemple le développement beaucoup plus rapide de la matrice, l'amincissement de ses parois, le relâ-

chement plus considérable des couches musculaires et aponévrotiques de l'abdomen, le volume moindre des enfants, l'abondance souvent exagérée du liquide amniotique. »

Sur 359 observations de grossesse gémellaire, relatées par Bayard 18 fois le dégagement s'est fait en O. P. D., soit une proportion de 5, 0160/0 : ce dégagement a été observé 6 fois chez le premier enfant et 12 fois chez le second soit exactement 2 fois plus souvent, une seule fois le dégagement O. P. D. a été observé chez les deux enfants.

L'observation citée plus haut et recueillie par le Dr Lacasse relate un fait semblable : deux dégagements en O. P. D. chez une gémellaire, mais là les deux têtes ont dû être extraites à l'aide du forceps.

D'après les statistiques de Bayard portant sur une périodes de quatorze années de fonctionnement de la clinique Baudelocque, le dégagement en O. P. D. a lieu environ :

1,67 o/o pour le premier enfant
3,34 o/o pour le deuxième enfant

Les chiffres que nous avons cités plus haut montrent que, dans les années suivantes, nous n'avons pas constaté tout à fait la même fréquence de l'expulsion en O. P. D. du deuxième fœtus.

Dans les cas de grossesse triple, pour les mêmes motifs le dégagement peut se faire en O. P. D.

Dans la thèse de Guihal (Paris 1901), on trouve plusieurs observations où le dégagement d'un des

fœtus s'est fait en O. P. D., surtout celui du deuxième et du troisième. Voici un résumé d'une de ces observations (Bayard).

OBSERVATION IV

Accouchement prématuré à sept mois et demi. Grossesse triple. Premier et troisième enfants vivants ; deuxième macéré.

Dégagement en O. P. D. pour le troisième enfant, après s'être engagé par le sommet en D. T.

L'accouchement s'est fait spontanément. L'enfant est vivant et pèse 1.720 grammes.

Diamètres : O. F. : 9,6 ; O. M. : 10 ; B. P. : 8,4 ; B. T. : 7,8 ; So B. : 7.

Lorsque le dégagement, occiput en arrière, est de cause fœtale et n'est pas dû à la petitesse de la tête c'ést que souvent il n'y a pas la prédominance ordinaire du diamètre occipito-mentonnier sur le diamètre bi-pariétal. En moyenne, chez un enfant à terme le bi-pariétal est de 9 et l'occipito-mentonnier 13,5, soit un écart de 4,5 entre eux ; dans les observations que nous avons recueillies, le diamètre occipito-mentonnier est souvent notablement inférieur à la moyenne, non seulement dans les cas de fœtus petits ce qui est plus naturel, mais dans les cas d'en-

fants volumineux, et l'écart de 4,5 est rarement atteint.

De nombreux exemples peuvent être choisis.

N° 37. — 1904. Garçon du poids de 2.820 grammes ; O.M., 12,7; Bi.P., 9,5. Différence : 3,2.

N° 97. — 1904. Fille du poids de 3.160 grammes ; O.M., 12,8 ; Bi.P., 9,4. Différence : 3,4.

N° 139. — 1904. Garçon du poids de 2.800 grammes ; O.M., 11,2 ; Bi. P., 9,5 ; Diff. 1.7.

N° 555. — 1904. Garçon du poids de 2.240 grammes ; O.M., 11,3 ; Bi. P., 9 ; Diff. 2,3.

N° 143. — 1904. Fiile du poids de 3.370 grammes ; O.M., 12,5 ; Bi. P., 9,8 ; Diff. 2,7.

N° 647. — 1904. Fille du poids de 3.550 grammes ; O.M., 12,9 ; Bi. P., 10.1 ; Diff. 2.1.

N° 775. — 1905. Garçon du poids de 3.230 grammes ; O.M., 12,4 ; Bi. P., 9 ; Diff. 3,4.

N° 990. — 1906. Fille du poids de 3.750 grammes ; O.M., 12,4 ; Bi. P., 9 ; Diff. 3,4.

On comprend alors qu'avec ces têtes rondes, la sollicitation à l'accommodation n'existe plus, et que de ce fait, la rotation de l'occiput se fasse en arrière.

L'étude du mécanime de l'accouchement en O.P.O. ne présente rien de bien particulier, les deux premiers temps sont les mêmes que dans les autres accouchements par le sommet. Le troisième et le quatrième seuls varient ; dans le troisième temps, l'occiput tourne en arrière au lieu de tourner en

avant. Lorsque la bosse séro-sanguine n'existe pas ou est peu marquée, on peut facilement suivre cette rotation en arrière, et on constate lorsqu'elle est effectuée que la suture sagittale est placée dans le sens antéro-postérieur avec la fontanelle postérieure en arrière et la fontanelle antérieure en avant.

Le quatrième temps est celui du dégagement qui peut se produire de deux façons différentes suivant que c'est le front ou l'occiput qui se dégage le premier ; le plus souvent c'est le front qui se dégage d'abord ; dans ce cas la tête exécute alors un mouvement de flexion autour de la symphise pour dégager la fontanelle antérieure, la fontanelle postérieure, puis l'occiput, puis un mouvement de déflexion pour dégager successivement le nez, la bouche et le menton. Si l'occiput se dégage le premier, le mouvement de déflexion est plus étendu, et la fontanelle antérieure se dégage, puis le front, le nez et le menton.

La tête étant dégagée, les deux derniers temps de l'accouchement, rotation externe de la tête, et dégagement du reste du corps se font comme à l'ordinaire.

Année	N° de l'observation	Parité	Position Primitive	Durée de la période d'expulsion	Lésions	Poids de l'enfant	État de l'enfant	État de l'enfant	OBSERVATIONS
1904	37	III	DP	30′	nulles	2820			
—	40	II	DT	50′	id.	2650			
—	44	I	GA	?	id.	1400		Mort	
—	97	II	DP	45′	id.	3160		en couveuse	
—	139	I	DP	30′	2 points de suture	2800		le 10e jour	
—	143	II	GP	20′	nulles	3370			
—	171	II	DP	1 h. 15	id.	2150			
—	214	VI	GA	5′	id.	2660			
—	257	VI	GP	15′	id.	3400			
—	277	V	GA	10′	id.	1170			Mère albuminurique
—	303	I	?	20′	id.	2480	Gémellaire 2e enf.		
—	441	III	?	5′	id.	1940	Gémellaire 2e enf.		
—	555	I	DP	?	id.	2240			
—	557	IV	GA	30′	id.	2950			
—	647	III	DP	35′	id.	3550			
—	650	I	?	15′	1 point de suture	2470	Gémellaire 2e enf.		
—	798	IV	DT	30′	nulles	2950	Gémell. 1er enf.		
—	800	I	GT	1 h. 15	id.	3750			
—	1050	I	?	?	2 points au catgut et 3 fils d'argent	3480			Forceps pour défaut de progression ; à l'arrivée, œdème de la vulve, escarres du vagin. T. 38°4.
—	1096	V	DP	15′	nulles	3530			
—	1412	III	DP	1 h. 15	id.	2230			
—	1487	I	DP	1 h. 30	id.	3800			
—	1488	III	DP	20′	id.	3320			

1905	32	I	GA	6 h.	Nulles	2550	Gémell. 1er enf.	Vivant	Forceps pour lenteur de la période d'expulsion, albumine
—	47	I	GP	6 h. 30	2 points de suture	3250		id.	Forceps pour défaut de progression ; 33 ans, utérus fibromateux.
—	129	I	DP	40′	Nulles	3080		id.	
—	267	I	DT	25′	Légère éraillure	1940		id.	
—	437	I	DP	15′	Nulles	2950		id.	
—	775	IV	DP	25′	2 points de suture	3230		id.	
—	1444	II	?	10′	Nulles	3550	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	1899	I	DP	1 h.	id.	330		id.	
1906	166	II	DP	?	Nulles	2350		id.	
—	178	III	DP	40′	id.	3000	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	250	I	GA	25′	id.	2470	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	373	V	DP	1 h.	id.	3300		id.	
—	508	III	DP	30′	id.	3650		id.	
—	807	IV	?	5′	id.	2620	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	808	II	GT	45′	id.	3070		id.	
—	990	IV	GA	40′	id.	3750		id.	
—	1592	II	GA	3 h. 30	id.	3700		id.	
—	1835	III	?	15′	id.	2350	Gémellaire 2e enf.	id.	
1907	70	I	DP	3 h. 30	4 points de suture	3150		vivant	Forceps pour modification des bruits du cœur.
—	188	I	GA	?	Légère éraillure	3780		id.	Forceps pour défaut de progression.
—	192	I	DP	15′	1 point de suture	2620		id.	
—	249	II	GT	10′	nulles	4200		id.	
—	252	I	DP	50′	id.	3100		id.	
—	317	II	DT	1 h. 40′	id.	3810		id.	
—	618	IV	DT	10′	id.	2270	Gémellaire 1 e enf.	id.	
—	721	III	DP	15′	id.	3100		id.	
—	916	II	DP	5′	id.	2700		id.	
—	986	I	DP	2 h. 45′	id.	2670	Gémellaire 1e enf.	id.	
—	988	I	DP	50′	id.	2670		id.	
—	1047	I	DP	2 h. 15	2 points de suture	3650		id.	Forceps pour défaut de progression et modification des bruits du cœur.
—	1069	I	?	45′	id.	3100		id.	

Année	N° de l'observation	Parité	Position primitive	Durée de la période d'expulsion	Lésions	Poids de l'enfant	Etat de l'enfant	Etat de l'enfant	OBSERVATIONS
1907	1216	I	?	20′	id.	2090	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	1270	I	GA	2 h.	id.	3790		id.	
—	1421	I	?	2 h.	1 point de suture	1090	Gémell. 1er enf.	id.	Mère albuminurique.
—	1529	III	DT	1 h. 25	id.	2300	Gémell. 1er enf.	id.	
—	1617	II	?	1 h. 15′	id.	2200	Gémell. 1er enf.	id.	
—	1646	IV	GP	20′	id.	3080		id.	
—	1678	III	DP	40′	id.	3850		id.	
—	1841	I	DP	2 h. 30	id.	2870		id.	
—	1893	IV	DP	1 h.	id.	3570		id.	
—	2053	I	DP	5′	id.	1820		Mère albuminurique meurt le lendemain	
1908	83	II	DP	25′	Nulles	3420		vivant	
—	761	II	?	20′	id.	2750	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	826	IV	DP	5′	id.	2680		id.	
—	848	I	DT	3 h. 5	2 points de suture	2650		id.	Forceps pour défaut de progression et infiltration du périnée.
—	869	I	?	1 h. 30	Nulles	2100	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	1123	I	GT	3 h. 10	Déchirure légère	3030		id.	Forceps pour défaut de progression ; infiltration du périnée.
—	1198	I	DP	10′	Nulles	2800		id.	
—	1219	IV	DP	10′	id.	4500		id.	
—	1298	V	GA	20′	id.	3700		id.	
—	1458	II	GA	1 h. 20	id.	2350		id.	
—	1514	II	DP	10′	id.	1050		Enf. araigné meurt le 4e jr.	
—	1619	III	GA	20′	id.	3620			
—	1897	I	DP	3 h. 30	2 points de suture	3880		vivant	Forceps pour défaut de progression.
—	1964	II	DP	30′	Nulles	2320		id.	
—	1987	VI	?	10′	id.	2770	Gémellaire 2e enf.	id.	
—	2141	II	GP	?	id.	2700		id.	

LA RÉALITÉ

Nous venons de voir les causes et le mécanisme du dégagement en occipito-postérieure directe.

Etudions-en maintenant les résultats, observations en main.

Sur 81 cas, nous avons trouvé : 32 primipares et 49 multipares.

Sur les 56 observations de Corinin, 40 femmes sont multipares, 16 primipares.

La durée de la période d'expulsion, la seule qui nous intéresse ici a été de :

Trente-cinq minutes en moyenne chez les multipares ;

Une heure cinquante cinq minutes chez les primipares.

Corinin dans sa statistique indique trente-cinq minutes environ chez les multipares.

Chez les primipares (16 cas) la durée moyenne a été de deux heures onze minutes ; dans un cas, la durée avait été de sept heures vingt-cinq minutes, mais ces chiffres s'observent également dans les occipito-pubiennes et, toujours d'après Corinin, si on excepte ce cas particulier, la durée moyenne de l'expulsion était de une heure cinquante-trois minutes.

D'après ces deux statistiques, il ne semble donc pas que la durée de la période d'expulsion soit sen-

siblement plus longue dans les occipito-postérieures directes que dans les occipito-pubiennes.

Sur nos 81 cas, le forceps a été appliqué 9 fois ; Corinin ne l'indique que 5 fois sur 56, et encore il ramène le nombre des applications à 3 cas, en éliminant une application chez une multipare qui avait eu des hémorragies considérables par insertion basse du placenta, une application chez une primipare qui présentait de l'œdème et des symptômes d'auto-intoxication, céphalée, épistaxis, troubles de la vue, et une application chez une primipare albuminurique.

Dans ces trois cas, la nécessité du forceps n'avait rien à voir avec la position de la tête fœtale. En réalité il ne reste plus que 3,77 pour 100 applications de forceps occipito-postérieures directes. Donc pour cet auteur, dans 96,23 o/o des cas, le dégagement a lieu spontanément.

Nous arrivons à un résultat un peu différent ; sur 81 cas, 9 applications de forceps ont été faites ; chez une des femmes, il y avait une cyphose dorso-lombaire sous déformation appréciable du bassin, une autre était albuminurique ; 7 fois sur 9 le forceps a été appliqué pour défaut de progression de la tête, une fois pour modification des bruits du cœur, une fois pour modification des bruits du cœur et défaut de progression de la tête.

Nous arrivons avec nos 9 cas à une proportion de 11,25 o/o, chiffre qui n'atteint pas celui ordinairement donné de 15,20 et plus o/o. Cependant nous

voyons que le forceps est plus souvent nécessaire lorsque l'occiput se présente en arrière que lorsqu'il se présente en avant. En relevant les forceps appliqués sur une tête ayant fait sa rotation en occipito-pubienne, pendant cinq années de 1904 à 1908, sur un ensemble d'environ 8.500 dégagements en O.P., nous n'en avons trouvé que 40, soit une proportion de 0,47 o/o au lieu de 11,25 o/o en occipito-postérieure directe.

Disons d'ailleurs que si dans la plupart de ces 9 forceps, il y a eu lésion du périnée, c'était une lésion insignifiante, nécessitant un ou au plus deux points de suture superficiels.

Dans un seul cas, il a été nécessaire de faire deux points au catgut et trois points au fil d'argent, mais c'était chez une femme, venue de l'extérieur, étant depuis longtemps en période d'expulsion et qui présentait à son arrivée, avec de la fièvre 38°4 et un pouls élevé, de l'œdème de la vulve, et des escarres du vagin. Ajoutons bien vite que quelque temps après son accouchement cette femme sortait de la clinique entièrement guérie.

Les résultats de nos 81 occipito-postérieures directes en ce qui concerne la mère sont excellents. Dans aucun cas, il n'y a eu mort, ou même danger pour la mère. Les statistiques parues dans les thèses de Corbières, Bataillard et Corinin indiquent le même résultat.

En ce qui concerne l'enfant, nous trouvons 3 morts sur 81 ; l'un deux pesait 1.050 grammes, était « un

enfant araignée », et est mort le quatrième jour, un autre, un enfant du poids de 2.350 grammes est mort le lendemain de l'accouchement sans qu'on ait pu déterminer la cause du décès, le troisième qui pesait 1.400 grammes est mort en couveuse le dixième jour. Il est évident que dans le deuxième cas seulement, on pourrait incriminer le dégagement en occipito-postérieure directe ; en réalité il n'est pas possible de le faire puisque, les causes de décès, à cet âge, sont très nombreuses, difficiles à connaître et que dans le cas particulier, on les ignore complètement ; et on peut admettre que la mort est due à ce que l'enfant était prématuré.

Corbières note trois fœtus morts, un syphilitique, un mort quatre jours après la naissance,le troisième qui pesait 860 gr. et dont le placenta présentait des foyers hémorragiques est mort le lendemain.

Bataillard sur 6 cas indique 6 enfants vivants.

Corinin sur 56 cas, trouve 8 enfants morts ; 7 d'entre eux pour des raisons indépendantes de la position : albuminurie chez la mère, syphilis, faiblesse congénitale (7e mois). Il ne reste plus que 1 cas sur 56 ; la durée de la période d'expulsion avait été de quatre heures quarante. En réalité donc la mortalité est de 1,78 o/o.

Si nous comptons le décès de cause inconnue que nous relevons sur nos 8 cas, nous arrivons à une mortalité encore inférieure, 1,25 o/o.

Nous ferons remarquer, que jamais l'enfant n'est venu mort.

Nous n'irons pas jusqu'à dire que dans les occipito-postérieures directes la mortalité est nulle, mais nous sommes bien obligés de faire remarquer, *que dans aucun de nos 81 cas, l'enfant n'est né mort* alors que les récentes statistiques de Varnier et Bataillard donnent comme mortalité fœtale :

2,76 o/o pour les antérieures
3,28 o/o pour les postérieures.

Quant à ces fameuses lésions du périnée si redoutées jadis par tous, et qui effrayent encore aujourd'hui plus d'un praticien, elles sont plus théoriques que réelles.

Corinin n'a trouvé qu'exceptionnellement une déchirure légère du périnée. Corbière également ; sur 81 cas, nous avons constaté 11 fois des lésions du périnée nécessitant un ou deux points de suture, lésions des plus légères, se rencontrant toujours chez les primipares sauf dans un cas chez une multipare. Dans la grosse majorité des cas, ces déchirures insignifiantes sont dues à l'application du forceps.

En définitive, nous pouvons déduire de toutes ces statistiques que, dans le dégagement en occipito-postérieure directe, le pronostic et aussi favorable pour l'enfant comme pour la mère que dans les occipito-pubiennes.

Le professeur Pinard s'est efforcé de détruire tous les anciens adages ; ses élèves y ont également contribué, et avec Bataillard, Corbières, Corinin et Bayard nous insisterons sur la conduite à tenir

toutes les fois que l'occiput reste définitivement fixé en arrière.

Les anciennes manœuvres pour transformer les O. I. D. P et les O. I. G. P en antérieures par crainte illusoire d'occipito-postérieure directe doivent être absolument condamnées. En réalité ces manœuvres sont toujours inutiles, le plus souvent inefficaces et parfois dangereuses. Inutiles, nous l'avons vu, car la crainte des occipito-postérieures directes est une crainte chimérique ; inefficaces, la plupart du temps la tête ne tourne pas, et parfois lorsqu'elle tourne, l'occiput se dirige en arrière, alors que, sans manœuvres, il se serait dirigé en avant (Bataillard) ; dangereuses, surtout avant l'antisepsie et l'asepsie, lorsque John Burns rompait les membres avant d'essayer la rotation de la tête ; dans ce cas particulier, la parturiente était exposée à tous les inconvénients de la rupture prématurée des membranes : infection possible, dilatation stationnaire, œdème du col pouvant amener une déchirure par la suite.

Le plus souvent d'ailleurs dans les positions primitivement postérieures, contrairement à l'opinion jadis universellement admise, l'occiput se dégage en avant.

Il faut donc laisser les occipito-postérieures directes se produire puisque toujours le pronostic en est favorable.

La conduite à tenir pendant le dégagement est simple, et est la même que dans les occipito-pubiennes. Elle consiste essentiellement à maintenir la tête

pour l'empêcher de sortir pendant une contraction, et à procéder à sa déflexion.

Pendant toute la durée de la période d'expulsion, il faudra surveiller attentivement les bruits du cœur et pour cela ausculter entre chaque contraction, pour pouvoir intervenir immédiatement par l'application de forceps, si le fœtus venait à souffrir. On doit se rappeler, que par suite de la position du fœtus, le foyer d'auscultation est à *droite*. Ausculter à gauche serait une faute, on risquerait de ne rien entendre, ou d'entendre des bruits très assourdis et lointains, et on pourrait être conduit à une application de forceps parfaitement inutile.

L'application de forceps est-elle nécessaire? on doit faire une extraction directe en occipito-postérieure comme le recommande le professeur Pinard pour ne soumettre les parties maternelles et fœtales qu'à un minimum de traumatisme. En effet, les accidents dus à la double application de forceps ou à la rotation de 180 degrés ne se comptent plus, et les lésions sont incomparablement plus sérieuses que celles déterminées par l'extraction directe, l'occiput en arrière. Lorsqu'on fait une application de forceps quelconque, le fœtus le plus souvent est en état de souffrance, soit qu'il y ait ralentissement des bruits du cœur, soit que simplement il y ait défaut de progression de la tête, et par suite compression prolongée de cette tête par les parties molles de la femme ; une application de forceps est indispensable à ce moment. On la fait, c'est bien, mais il n'en

reste pas moins vrai qu'on ajoute un traumatisme de plus. Et dès lors pourquoi en ajouter encore un autre, en faisant la double application conseillée par tant d'accoucheurs !

Il est une chose que ne doit non plus jamais perdre de vue le praticien vraiment consciencieux, c'est d'épargner à ceux qu'il soigne le plus de souffrance possible. Or il est évident que dans la majeure partie des cas, non seulement à la campagne, mais à la ville également, le chloroforme ne sera pas employé, l'accoucheur se trouvant sans aide. Et faire sur une femme, non anesthésiée, une double application de forceps, nous semble parfaitement inhumain, puisque nous avons démontré qu'une seule était indispensable. L'introduction de la main pour le placement des cuillers doit être pratiqué le moins souvent possible non seulement à cause de la douleur qu'elle détermine, mais parce que les chances d'infection si à redouter chez la parturiente doivent être réduites au minimum, et le meilleur moyen de faire de l'asepsie est de pratiquer le moins de touchers possible, surtout si l'on pense que souvent près d'une femme en couches, on ne trouve pas le nécessaire pour avoir les mains aseptiques. Quel est le médecin de campagne qui ne s'est trouvé dans ce cas embarrassant !

Autant de raisons pour l'extraction directe qui évitera les profondes déchirures du périnée dues à la rotation de 180 degrés imprimée aux cuillers du forceps ; les praticiens les plus éminents (que serait-ce, s'il s'agit d'un accoucheur inexpérimenté) ne peuvent

d'ailleurs pas éviter des accidents inévitables; si les lésions déterminées par la torsion du cou du fœtus sont exceptionnelles, en revanche, les lésions profondes du périnée se retrouvent fréquemment dans les observations relatant les grands tours de spire accomplis dans les occipito-postérieures directes.

Il ne suffit pas de faire, par un mouvement de vielle, décrire aux branches du forceps un cercle aussi étendu que possible pour éviter de labourer le périnée et le vagin, et nous nous contenterons pour montrer tous les dangers de cette manœuvre, de rappeler le cas cité par le professeur Bar, où la femme eut une rupture complète de la paroi vaginale antérieure et des deux faces de la vessie dans une application où certainement le tour de spire avait été exécuté dans sa plus grande amplitude.

Pour l'application du forceps en occipito-postérieure directe, les indications sont les mêmes que pour l'application en occipito,-pubienne et le plus souvent sont données par la souffrance du fœtus, et le défaut de progression de la tête ; ce défaut de progression pouvant être dû d'ailleurs à différentes causes : orientation de la vulve (vulve qui regarde en l'air), inefficacité ou arrêt des contractions, etc.

Comme pour les occipito-pubiennes, deux conditions doivent être également remplies pour l'application de forceps, il faut qu'il y ait rupture de la poche des eaux et que la dilatation soit complète.

Dans l'extraction directe, occiput en arrière, le forceps sera évidemment mal appliqué par rapport

au fœtus, mais d'une part il n'y a pas d'inconvénients graves à cela ; d'autre part, il est d'emblée et définitivement bien appliqué par rapport à la mère. Cette prise directe se fera donc exactement comme si l'on avait affaire à une occipito-pubienne banale. Cuiller gauche qui est la postérieure, la première ; cuiller droite, la seconde. Il n'y aura de différence avec la prise en occipito-pubienne que le fait que la concavité du forceps regardera la face du fœtus.

On pourra donc aussitôt la prise faite opérer le dégagement de la tête, sans avoir recours à aucune rotation, et en se souvenant du mécanisme cité plus haut concernant le dégagement dans les occipito-postérieures directes.

Avec le merveilleux instrument qu'est le forceps Tarnier, les branches des cuillers une fois articulées indiqueront par cette sorte d'aiguille qu'elles forment le sens des tractions à exercer.

Nous verrons donc, au fur et à mesure des tractions, cette aiguille se relever d'abord indiquant que la tête accentue sa flexion de façon à présenter sa fontanelle postérieure tout à fait en avant et au-dessus de la commissure postérieure des lèvres, dépasser celle-ci en même temps que le périnée déjà bombé laisse s'ouvrir de plus en plus largement la fente vulvaire. Puis arrivée à un maximum d'élévation, l'aiguille des manches du forceps s'abaisse, prouvant ainsi que la deuxième phase du dégagement s'opère, la déflexion ; on voit apparaître alors la fontanelle antérieure. A ce moment les grands diamètres de la

tête ont franchi les bords amincis de la vulve, et il est de bonne pratique alors de désarticuler le forceps et de terminer le dégagement à la main.

Nous voyons donc, en somme, que là, encore en ce qui concerne le dégagement le mécanisme est analogue à celui qui se fait dans les occipito-pubiennes, mais en sens inverse.

La prise est la même, avec la seule différence que le forceps s'applique à l'envers sur la tête fœtale. Un seul inconvénient est à craindre : si la tête est petite, l'extrémité des cuillers du forceps la débordant un peu en avant, une déchirure de la partie antérieure de la vulve peut se produire, mais en général elle est bénigne et facilement réparable ; pour y obvier, il sera bon de désarticuler le forceps avant l'apparition de la fontanelle antérieure et de laisser le dégagement s'effectuer par les seules forces de contractions utérines.

Nous avons montré combien cette application de forceps était inoffensive et pour la mère et pour l'enfant. Dans aucun cas, mort de l'enfant ; dans aucun cas, danger pour la mère.

En définitive, nous pouvons dire que si le dégagement en occipito-postérieure directe, rangé au XVIIIe siècle dans la catégorie des « accouchements contre nature » est une exception (0,81 o/o) au point de vue de la fréquence, au point de vue du pronostic, ce n'en n'est pas une ; au contraire il ne fait que confirmer la règle à savoir que l'accouchement est

une chose physiologique, naturelle, et que, sauf dans certains cas particuliers et malheureux, la terminaison doit en être bonne.

CONCLUSIONS

En présence d'une occipito-postérieure directe, la conduite à tenir est la suivante :

Tout d'abord ne pas s'inquiéter, laisser évoluer l'accouchement comme si l'enfant se présentait en occipito-pubienne, surveiller attentivement les bruits du cœur pendant toute la durée de la période d'expulsion et n'intervenir que pour le dégagement.

S'il y a lieu de pratiquer une application de forceps on fera dans tous les cas une seule prise directe et régulière ayant pour but l'extraction de l'occiput en arrière.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ribemont-Dessaignes et *Lepage*. — Précis d'obstétrique.

Wallich (V.). — Eléments d'obstétrique.

Dubrisay et *Jeannin*. — Précis d'accouchement.

La Chapelle (M^me^). — Pratique des accouchements, 1825.

Farabeuf et *Varnier*. — Introduction à l'étude des accouchements.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1740.

Baudelocque (J.-L.). — Traité des accouchements, 1844.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique des accouchements, 1856.

Smellie. — Observations, 1756.

Bar (Paul), *Brindeau* et *Chambrelent*. — Pratique de l'art des accouchements, 1907.

Bataillard. — De l'accouchement dans la présentation du sommet en variété postérieure. Thèse de Paris, 1888-1889.

Corbières. — Présentation du sommet en variété postérieure. Fréquence et pronostic. Thèse de Paris, 1892-1893.

Bayard. — Etude clinique et statistique de l'accouchement du sommet en occipito-postérieure directe dans la grossesse gémellaire. Thèse de Paris, 1905.

Sifflet. — Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable. Thèse de Paris, 1895.

Corinin. — Thèse de Paris, 1897.

Lepage et *Mouchotte*. — Fonctionnement de la Clinique Baudelocque.

Revue pratique d'obstétrique et de Pédiatrie.

Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.